

Si le sucede un crimen, **QUEREMOS AYUDARLE**



Programa de Compensación para Víctimas de Crimen

Department of Labor & Industries
PO Box 44520
Olympia WA 98504-4520

<http://lni.wa.gov/ClaimsInsurance/CrimeVictims/default.asp>

1-800-762-3716 (línea telefónica gratuita) o
360-902-5355. Hay intérpretes disponibles.
Usuarios de TDD "aparato especial para
personas con problemas auditivos e
impedimentos del habla", por favor llamen al
360-902-4974
Fax 360-902-5333

Aplicación al reverso



Claim Number VS
(Número de reclamo)

Programa de Compensación para Víctimas de Crimen del Estado de Washington

Nuestra misión es:

Junto con otros grupos que prestan asistencia, ayudamos a las víctimas de un crimen violento en su recuperación, tratándolas con respeto y dignidad.

Grupos de asistencia para víctimas

Oficina de Abogacía para Víctimas de Crimen
1-800-822-1067

Asistencia contra la Violencia Doméstica
1-800-562-6025

Washington Coalition Of Sexual Assault
Program
1-360-754-7583

Asistencia para la Familia y Amigos
de Víctimas de Crímenes Violentos
1-800-346-7555

Asistencia y Servicios para la Protección de
Niños
1-800-562-5624

Programa de Notificación de
Víctimas/Testigos
1-800-322-2201

Madres Contra los Conductores Embriagados
1-800-927-6080

La recuperación por lesiones físicas y el dolor emocional de un crimen violento toma tiempo y es aún más difícil cuando también tiene preocupaciones económicas. El Programa de Compensación de Víctimas de Crimen ayuda a víctimas con los costos relacionados con estas lesiones.

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR AYUDA?

- Víctimas lesionadas en un crimen violento en el Estado de Washington.
- Sobreviviente de una víctima de homicidio.
- Residentes de Washington lesionados por un acto terrorista en otro país.

¿SOY ELEGIBLE?

No se le pueden pagar beneficios a una persona:

- Lesionada durante su participación en un delito.
- Lesionada durante su confinamiento en la cárcel, prisión u otra institución.
- Quien incitó, provocó o consintió al crimen.
- Quien no está dispuesta a cooperar razonablemente con las autoridades en el cumplimiento de la ley.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DISPONIBLES?

- Pago de facturas médicas, dentales y de terapia para la salud mental.
- Pago parcial del salario perdido.
- Pago parcial de los costos funerarios.
- Modificaciones a hogares y vehículos para acomodar personas con lesiones permanentes.
- Pensión limitada si el crimen le impide regresar a trabajar permanentemente.
- Pensión limitada para el cónyuge o niño(s) de una víctima fallecida.
- Terapia para los familiares de las víctimas de asalto sexual y de homicidio.

Todos los beneficios indicados tienen un límite monetario fijado por la ley. Las pérdidas de propiedad no están cubiertas.

NOTA: No se requiere que pague la visita médica inicial por un asalto sexual. Sin embargo, necesita completar la solicitud adjunta para recibir más beneficios médicos o de tratamiento para la salud mental que estén relacionados con el crimen.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS?

- Notifique el crimen a las autoridades dentro de un año, o dentro de un año a partir de la fecha en que pudo haber sido razonablemente reportado.
- El Programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVCP) tiene que recibir la solicitud:
 - ~ Dentro de 2 años de haber reportado el crimen a la policía.
 - ~ Dentro de 2 años de cumplir 18 años de edad, si usted era un menor de edad al momento del crimen.
 - ~ Bajo circunstancias especiales, dentro de cinco años de haber reportado el crimen a las autoridades.
- Primero necesita usar los beneficios que le sean disponibles a través de un seguro público o privado.
- Si Ud. recibe compensación de un seguro o por una demanda relacionada con el crimen, tendrá que reembolsar los beneficios del Programa de Compensación para Víctimas de Crimen.

¿CÓMO PUEDO HACER UNA SOLICITUD?

- Complete y firme la solicitud adjunta.
- Le haremos saber por escrito cuando recibamos su solicitud.
- Nos comunicaremos con Ud. si necesitamos más información.
- Si necesita asistencia para completar esta solicitud, por favor llame al 1-800-762-3716.



SOLICITUD PARA BENEFICIOS

Claim Number VS
 (Número de reclamo)

Información de la víctima	Nombre de la víctima		Número de seguro social (solo para identificación)		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Estado civil de la víctima	
	Dirección residencial		Ciudad	Estado	Código postal	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> No aplica (víctima es un niño)	
	Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial)		Ciudad	Estado	Código postal		
	Teléfono residencial	Teléfono para mensajes	Fecha de nacimiento (mes, día, año)		Fecha de fallecimiento (si aplica)		
	() ()	() ()	/ /		/ /		
	¿Quién lo refirió a nuestro programa?			¿Qué tipo de beneficios está solicitando? (marque todos los que aplican)			
<input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Víctima/Unidad de testigos <input type="checkbox"/> Oficina del Fiscal del Distrito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Proveedor médico <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental <input type="checkbox"/> Otra víctima <input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/> Médicos/dentales <input type="checkbox"/> Tratamiento/terapia de salud mental <input type="checkbox"/> Pérdida de ingresos de parte de la víctima (El tiempo perdido del trabajo tiene que ser verificado por su proveedor de servicios médicos/mentales) <input type="checkbox"/> Gastos por servicios funerales <input type="checkbox"/> Terapia para la aflicción (para los sobrevivientes de las víctimas de un homicidio) <input type="checkbox"/> Pérdida del apoyo financiero (para los dependientes de las víctimas de un homicidio)				
			Usted es: <input type="checkbox"/> La víctima <input type="checkbox"/> Padre/tutor legal (de un niño que sea la víctima) <input type="checkbox"/> Sobreviviente o beneficiario de la víctima fallecida. (Si la dirección arriba es diferente, provea la correcta abajo. Envíe copias de: acta de matrimonio, acta de nacimiento de los hijos y comprobante de la tutela legal si los hijos no viven con sus padres).				
Nombre de la persona completando la solicitud (si es diferente)		Número de seguro social (solo para identificación)		Relación con la víctima			
Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial)		Ciudad		Estado		Código postal	
Nombre de la persona de contacto (si no quiere que le llamemos a su hogar)			Nº de tel. de la persona de contacto		Cada víctima que solicite ayuda a través de nuestro programa, necesitará llenar una SOLICITUD por separado.		
() ()			() ()				
Para propósitos estadísticos, este departamento recopila y mantiene información de la raza, nacionalidad y discapacidades de los reclamantes. Si se objecta a darnos esta información, Ud. podría dejar esta pregunta en blanco.							
Raza u origen étnico	Negra <input type="checkbox"/>	Nativo de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/>	Blanca <input type="checkbox"/>	Asiático <input type="checkbox"/>	Origen hispano <input type="checkbox"/>	Nativo americano Nativo de Alaska <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna discapacidad?:						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Causada por un crimen?:
Si el inglés no es su idioma principal; ¿Qué idioma habla?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Dependiente(s)	Cualquier familiar, tal como su cónyuge o niños menores de edad quienes dependen o dependían económicamente de la víctima.					
	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con la víctima	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con la víctima
	/ /	/ /		/ /	/ /	

Información del crimen	La lesión o el crimen tiene que ser reportado a una agencia de policía dentro de 12 meses, o dentro de 12 meses a partir de la fecha cuando razonablemente se pudo reportar.					
	Fecha del crimen	Hora aproximada	¿Se reportó el crimen a una agencia de policía?		Si la respuesta es "Sí", indique la fecha cuando se reportó el crimen	
	/ /	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		/ /	
	Lugar del crimen: Dirección		Condado		Tipo de crimen	
	Ciudad		Estado		<input type="checkbox"/> Asalto <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Asalto sexual (víctima es un adulto) <input type="checkbox"/> Asalto sexual (víctima es un niño) <input type="checkbox"/> Asesinato <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Asalto con un vehículo <input type="checkbox"/> Crimen por conducir un vehículo bajo la influencia del alcohol o drogas (DUI) <input type="checkbox"/> Homicidio vehicular <input type="checkbox"/> Compromiso civil de un predador sexual. Fecha que le avisaron sobre el proceso: / /	
	Nombre de la agencia donde reportó el crimen:		<input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Sheriff <input type="checkbox"/> Washington State Patrol <input type="checkbox"/> Policía de una reservación		<input type="checkbox"/> Otro _____ Tipo de arma usada _____ Área lesionada del cuerpo _____	
	Nombre del agente de policía		Número del reporte		Quien le avisó: _____ (Nombre)	
	¿Es pariente del ofensor?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", indique la relación:		Teléfono de la persona que le avisó: () ()	
	¿Vivía con Ud. el ofensor cuando ocurrió el incidente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Descripción breve del crimen:					

Nombre(s) del ofensor(es) (si lo sabe)	¿Ha registrado o tiene la intención de registrar una demanda civil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Continuación SOLICITUD PARA BENEFICIOS

Tiempo perdido en el trabajo	Fecha de empleo		Fecha de la lesión		Último día que trabajó		¿Estaba empleado en el día que se lesionó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tarifa de pago \$		<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Trabajo a destajo/pieza
	Desde / / hasta / /		/ /		/ /						
	¿Estuvo empleado por 3 meses consecutivos durante el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Ha regresado a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es "Sí", ¿Cuándo regresó? / /				
	¿Le pagaron su salario usando ausencia por enfermedad o seguro de discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es "Sí", ¿Durante qué período? Desde / / hasta / /		Horas trabajadas por día		Días trabajados por semana		Teléfono del representante del empleador ()		
	En el día que se lesionó, ¿Lo cubría su empleador a Ud. y/o su familia con seguro médico, dental o de visión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre de la compañía de seguros				Nombre del representante del empleador				
			Nombre de la compañía del empleador				Título del representante del empleador				
Dirección		Ciudad			Estado			Código postal			
Nota para el empleador. El Programa de Compensación para Víctimas de Crimen no es parte del Programa de Seguro Industrial del Depto. de Labor e Industrias. Los beneficios a través del programa por lesiones que no ocurran en el trabajo no afectarán sus primas de seguro industrial.											

Recursos de seguro	Su proveedor médico tiene que facturar primero a su seguro principal										
	Indique todos los recursos de seguro que apliquen. Esto incluye servicios de asistencia pública (welfare), seguro de salud, de vehículos (de la víctima u ofensor), de vida, de compensación para los trabajadores etc. La sección de Víctimas de Crimen solamente puede pagar beneficios después que las compañías de seguro hayan pagado lo que se tenga que cubrir en su reclamo.										
	<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> SSI/SSA (Seguro Social) <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> Asistencia pública (Medicaid)					<input type="checkbox"/> Seguro del vehículo de la víctima (solamente si fue un crimen con vehículo) <input type="checkbox"/> Seguro del vehículo del ofensor (solamente si fue un crimen con vehículo) <input type="checkbox"/> Otro (Seguro de vida, beneficios de entierro, etc) <input type="checkbox"/> No tengo seguro					
Nombre de la compañía de seguros		N° de teléfono		Nombre del asegurado			N° de póliza		N° del seguro social del asegurado (solo para identificación)		

No se puede tomar una determinación en su reclamo hasta que hayamos recibido la información requerida y su firma.

Yo entiendo que si recibo cualquier recobro de mis pérdidas en la restitución impuesta por la corte o por una demanda civil contra el ofensor, cualquier acuerdo de seguro o dinero de cualquier otra agencia gubernamental o privada, yo reembolsaré al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen del Estado de Washington por cualquier compensación pagada bajo este reclamo.

Por este medio, yo autorizo a cualquier hospital, médico u otra persona que haya atendido o examinado a (nombre de la víctima) _____: cualquier administrador de funeraria o cualquier otra persona que rinda servicios; cualquier empleador de la víctima; cualquiera de las autoridades para el cumplimiento de la ley u otra agencia gubernamental, incluyendo servicios federales y estatales; cualquier compañía de seguros o cualquier otra agencia que tenga el conocimiento necesario para determinar la elegibilidad de beneficios de este reclamo que faciliten al Programa de Compensación para Víctimas de Crimen o sus representantes con la información específicamente pertinente a este reclamo. Se podría requerir otra información para determinar si las condiciones están relacionadas con el crimen. Entiendo que esto podría incluir resultados del SIDA (HIV) y otras pruebas de enfermedades transmitidas sexualmente, alcohol, narcóticos y tratamiento psicológico.

Fecha	Escriba con letra de imprenta el nombre de la víctima, padres, tutor legal o beneficiario
Firma de la víctima, padres, tutor legal o beneficiario	

Número del reclamo VS

Recuerde la firma y la fecha de este formulario



FOR PHYSICIAN, PRACTITIONER

Please have your physician or mental health practitioner fill out this section if you have received treatment for this injury.

(Por favor pídale a su médico o profesional de salud mental que complete esta sección si Ud. ha recibido tratamiento por esta lesión)

**Claim Number VS
(Número de reclamo)**

Victim's name (Nombre de la víctima)		Date of Injury (Fecha de la lesión)	Date you first treated patient for this injury (Primera fecha que atendió al paciente por esta lesión)	
Physician's/practitioners name (Nombre del médico/profesional)		Phone number (Número de teléfono)		
Name of treatment facility (Nombre del lugar donde recibió el tratamiento)		Phone number (Número de teléfono)		
Address (Dirección)	City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Código postal)	Are you Certifying Time loss? (¿Está certificando tiempo perdido?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Diagnosis: (Diagnosis:)	Description of Injury: (area of body injured) (Descripción de la lesión -por favor incluya la parte del cuerpo lesionada)		Physician's/practitioner signature (Firma del médico/profesional)	

Physician/Practitioner. Please mail this completed form to the below address for processing.
(Médico/profesional: Por favor envíe el formulario ya completado a la dirección abajo para su procesamiento)

Department of Labor & Industries
Crime Victims Compensation Program
PO Box 44520
Olympia WA 98504-4520